

INDICATIONS CHIRURGICALES DES SPLENOMEGALIES A L'HOPITAL DU POINT G BAMAKO

SANOGO ZZ¹, YENA S¹, DOUMBIA D², OUATTARA Z³, HAIDARA F¹, SIDIBÉ S⁴, DIALLO AK²,
SANGARE D¹, SOUMARE S¹

1. service de chirurgie "A"
2. service d'anesthésie et réanimation
3. service d'urologie
4. service de radiologie, Hôpital du Point G. Bamako

RESUME

But : le but de cette étude était de déterminer les indications chirurgicales des splénectomies pour splénomégalies à l'hôpital du Point G.

Matériel et méthodes : il s'agit d'une étude descriptive rétrospective de 10 ans dans les services de chirurgie « A » et « B » de l'hôpital du Point G. Toutes les splénectomies pour splénomégalies ont été incluses dans l'étude.

Résultats : 26 malades ont été recensés dont 14 femmes et 12 hommes. L'âge moyen des malades a été de 39 ans avec des extrêmes de 12 et 76 ans. Les principaux motifs de consultation ont été la tuméfaction abdominale, la douleur et les signes de compression locale. L'échographie a posé le diagnostic de splénomégalie dans 100% des cas. Pour 6 cas l'étiologie de la splénomégalie n'a pu être précisée. Les indications de la splénectomie ont été thérapeutiques dans 9 cas, et diagnostiques pour 17 cas. Les complications de la chirurgie ont été les hémorragies massives (19%). Le taux de morbidité post opératoire a été de 23,07%.

Conclusion : les indications de la splénectomie dans notre contexte d'exercice restent essentiellement à visée diagnostique.

MOTS CLES : splénomégalie, splénectomie.

INTRODUCTION :

Les affections entraînant une splénomégalie sont multiples en Afrique intertropicale. Leur fréquence est variable d'un pays à l'autre 1-2% [1,2]. Le chirurgien peut être sollicité pour une splénectomie dans un but diagnostique et thérapeutique. Cette chirurgie peut se compliquer en per opératoire (hémorragies massives) ou en post opératoire (OPSI syndrome). Le but de ce travail était de décrire les signes cliniques et para cliniques des malades adressés aux chirurgiens pour splénomégalie, d'identifier les difficultés opératoires rencontrées et de préciser l'histopathologie des lésions spléniques.

MALADES ET METHODES :

Il s'est agi d'une étude rétrospective sur une période de 11 ans, du 01/01/85 au 31/12/96.

Les services de chirurgie « A » et de chirurgie « B » de l'hôpital du POINT G Bamako ont servi de cadres d'étude.

Ont servi de supports de données les dossiers d'observation des malades, les cahiers de protocole opératoires, d'anesthésie, et d'anatomo-pathologie.

SUMMARY

Object: the goal of this study was to determine the surgical indications of the splenectomies for splénomégalies at the hospital of the Point G.

Material and methods: it is about a retrospective descriptive study of 10 years in the services of surgery " A " and " B " of the hospital of the Point G. All the splenectomies for splénomégalies were include in the study.

Results: 26 patients were listed, 14 women and 12 men. The average age of the patients was 39 years with extremes of 12 and 76 years. The principal reasons for consultation were abdominal tumefaction, the pain and the signs of local compression. Echography posed the diagnosis of splénomégalie in 100% of the cases. For 6 cases the etiology of the splénomégalie could not be specified. The indications of the splenectomy were therapeutic in 9 cases, and diagnostic for 17 cases. The complications of the surgery were the massive haemorrhages (19%). The operational rate of morbidity post was 23, 07 %.

Conclusion: the indications of the splenectomy in our context of exercise still remain with diagnostic aiming for a high proportion.

KEY WORDS : splénomégalie, splenectomy.

Les dossiers de 26 malades ayant subi une splénectomie pour splénomégalie ont été retenus. La classification de la splénomégalie a été faite selon HACKETT. Les examens biologiques effectués ont été la numération -formule sanguine, les tests de coagulation (ts-tck), le groupage sanguin et la détermination du facteur Rhésus, le test d'EMMEL, l'électrophorèse de l'hémoglobine, la sérologie de l'hydatidose

Les splénectomies pour rupture traumatique sur rate initialement normale n'ont pas été prises en compte.

RESULTATS :

26 malades ont été recensés soit 0,29% des 8918 malades opérés pendant la période d'étude.

Le mode de recrutement : 17 malades ont été référés par un médecin ou un personnel para médical. 9 malades ont consulté sans aucun document de référence.

La durée moyenne d'évolution avant la première consultation a été de 4 ans.

L'âge des malades a varié de 12-76 ans. La tranche d'âge de 20-29 ans a été la plus représentée. La

moyenne d'âge a été de 39 ans. Le sexe ratio a été de 1:1,6 en faveur des femmes. Les antécédents médicaux sont figurés dans le tableau I.

Les signes cliniques : une tuméfaction abdominale parfois douloureuse a été retrouvée dans 99% des cas. La durée moyenne d'évolution de la tuméfaction avant l'intervention a été de 4 ans avec des extrêmes de 6 mois et 8 ans. Les signes de compression liés au volume de la tuméfaction ont été la pollakiurie, la constipation, la dyspnée.

Les signes para cliniques :

L'examen échographique de l'abdomen a été réalisé chez 18 malades sur 26. Une tumeur splénique a été localisée dans 18 cas. Pour 3 malades l'origine de la tuméfaction n'a pu être élucidée. Les autres résultats de l'examen échographique étaient des kystes et des abcès intra spléniques, un cas de lithiase vésiculaire.

La radiographie du thorax effectuée chez 12 malades/26 était normale pour 9 cas. Elle a montré 3 cas d'épanchements de la base pulmonaire gauche.

L'UIV a révélé un aspect de tumeur rénale gauche dans les deux cas où elle a été effectuée.

Il a été relevé 10 cas d'anémie avec un taux d'Hémoglobine inférieur à 10g/l et un cas d'hémoglobinose AS.

L'acte chirurgical a été la splénectomie par incision médiane sus et sous ombilicale (12 cas). D'autres types d'incisions ont été pratiqués : xypho-pubienne, para médiane gauche, sous costale gauche. Les difficultés opératoires ont été celles liées au volume de la rate et les hémorragies massives.

La splénectomie a été effectuée au décours d'une gastrectomie pour cancer gastrique dans un cas. Le drainage de la loge splénique a été la règle avec un délai d'ablation des drains de 3-8 jours. La durée moyenne du séjour en unité de réanimation a été de 6 jours. Le traitement post opératoire immédiat a consisté en un maintien de l'équilibre hydro électrolytique, une couverture antibiotique, la prévention de l'embolie, le traitement antalgique et antipaludéen curatif.

Dans les suites opératoires immédiates nous avons relevé 5 cas d'hémorragie massive (19,23%). La période péri opératoire a été marquée par les hyperthermies liées à l'infection pariétale (4 cas), les épanchements pleuraux (3 cas) et 4 cas d'hyperthermie non élucidés.

Nous avons enregistré six décès (tableau IV).

DISCUSSION :

Cette étude a souffert des insuffisances inhérentes à son caractère rétrospectif. Le sexe ratio de 1 : 1,6 en faveur des femmes est confirmé pour des études ayant porté sur de grandes séries [3, 4, 5].

Le retard à la consultation expliquerait les stades avancés de la splénomégalie à la 1^{ière} consultation. La durée moyenne d'évolution avant la chirurgie a été de 4 ans. Pour certains auteurs [6] elle est de 7 ans. Cette longue durée d'évolution s'expliquerait

par la latence de la symptomatologie, les longues périodes de traitements traditionnels et médicaux..

Les splénomégalias chroniques de stade IV et V ont constitué la majorité des cas. La symptomatologie tumorale compressive a accompagné tous les cas de notre étude comme dans la plupart des séries africaines [1, 2, 3] et l'échographie abdomino pelvienne demeure l'examen de choix dans notre contexte.

Une anémie à taux d'hémoglobine inférieur à 10 g/l était observée dans 10 cas. L'anémie peut être présente dans tous les cas de volumineuses splénomégalias du fait de l'hémodilution qu'elles entraînent.

Les indications de la chirurgie :

Les volumineuses splénomégalias non calcifiées (n=4) ont été opérées dans un but préventif de complications et du fait de la douleur. La plupart des auteurs [4, 5, 7] sont d'avis que la splénectomie pour splénomégalie d'étiologie inconnue doit perdre du terrain. Les progrès de la cytopathologie permettent une approche diagnostique fiable.

Les splénectomies ont été à visée curative dans 9 cas, palliative dans 3 cas. Si la splénectomie s'impose devant l'impossibilité de conserver la rate, nous pensons que la ponction écho guidée et la coelio chirurgie représentent une alternative dans les cas de kystes et d'abcès de rate.

Tous les malades ont été opérés sous anesthésie générale. La voie d'abord chirurgicale xypho-ombilicale a été préférée dans 7 cas (26, 98%). Cette voie large d'abord est conseillée par la plu part des auteurs [5, 7, 8, 9] car minimisant les difficultés opératoires.

Les complications post opératoires ont été d'ordre infectieux (abcès de la loge splénique, infection de la base pulmonaire gauche). D'autres complications comme les fistules pancréatiques, les thromboses vasculaires, les occlusions intestinales sont notées dans la littérature [9, 10, 11]. Le taux de mortalité dans notre étude a été de 23,07%. Dans notre étude le pronostic vital est surtout lié à l'étiologie de la splénomégalie (tableau IV).

Les résultats anatomopathologiques ont été obtenus pour 20 cas. (Tableau V).

Un mauvais conditionnement du prélèvement expliquerait le déficit dans les 6 autres cas de notre série.

CONCLUSION :

Les indications de la splénectomie pour splénomégalie dans notre contexte restent encore diagnostiques.

Tableau I: répartition des malades selon les antécédents médicaux

Antécédents	Effectifs	Pourcentage
médicaux	3	17,65
Leucémie lymphoïde chronique	7	41,18
Schistosomiase	3	17,65
Amibiase	1	5,88
Méningite	1	5,88
Hémoglobinoase AS	2	1,76
Ictère		

Tableau II : répartition des malades selon le stade d'évolution de la splénomégalie (d'après la classification de HACKETT)

Stade de la splénomégalie	effectif	Pourcentage
STADE I	1	8,85
Stade II	0	0
Stade III	4	15,38
Stade IV	8	30,77
Stade V	8	30,77
Stade non précisé	5	19,2
total	26	100

Tableau III: répartition des malades selon le diagnostic étiologique préopératoire de la splénomégalie

Diagnostic étiologique	Effectif
Lymphomes spléniques	4
Abcès de rate	3
Kystes spléniques	4
LLC de la rate	4
Hyperplasie splénique	2
Lymphosarcome splénique	1
Hamartome splénique	1
Abcès enkysté de la rate	1
Métastase de cancer gastrique	1

Tableau IV: diagnostic et période de décès par rapport à la chirurgie

Cause de décès	Période de décès par rapport à la chirurgie
Leucémie lymphoïde chronique	per opératoire
Lymphome lymphoblastique splénique	11 mois
SplénomégalieV+cirrhose du foie+H.T.P.+cancer rénal	1an 3 mois
splénomégalie +Cancer gastrique	1 an 8 mois
Lymphome splénique	2 ans
Lymphosarcome lymphocytaire de la rate	3 ans

Tableau V: classification des résultats anatomopathologiques

Résultats anatomopathologiques	Effectif
Fibrohyalinome de la rate	1
Hamartome splénique	1
Kyste épidermoïde de la rate	1
Hémangiome splénique	1
Polykystose splénique	1
Abcès de la rate	3
Lymphome splénique	2
Lymphosarcome lymphoblastique de la rate	1
Lymphosarcome lymphocytaire de la rate	2
Leucémie lymphoïde chronique	1
Métastase splénique d'un cancer rénal	2
Hyperplasie splénique	3
Splénite non spécifique	1
Non disponible	6
Total	26/26

REFERENCES

- DIALLO AN, PICHARD E, MAYENTAO BM - Splénomégalie en médecine interne à Bamako. Bull Soc Path Ex 1986 ;79 :670-75
- MAYENTAO BM - Splénomégalias en médecine interne de Bamako et en zone rurale à Sélingué. Thèse Médecine Bamako 1980 ;16 :120p
- SERAFINO X, NOSNY P - Splénectomie en Pays tropical. Ann chir 1963 :16 :225-24
- PAYET M, SANKALE M - Aspects étiologiques de la splénomégalie africaine. Med Afr Noire 1963 ;10 :227-233
- MAMBRINI P, SABBAB P, TOQUART JP - Kyste épidermoïde de la rate, à propos de 2 cas, revue de littérature, J Chir 1994 ;131 :184-90
- WARET B - Opinion d'un hématologiste. Ann Chir 1995;49:490-92
- MOUMEN M, ALOU M - Pour un traitement conservateur du kyste hydatique de la rate. J. Chir 1991 ; 128 : 260-69.
- RAHIM R - Suites éloignées de la splénectomie dans la splénomégalie africaine. Thèse Med Dakar 1967, 8, 157p.
- DELAITRE JF, OUEDRAOGO T, AVISSE C - Abcès de la rate, intérêt du drainage écho guidé, à propos de 4 nouveaux cas. J Chir 1994 ;131:430-34
- SAMASSA G, LEROUX Y, BREFORT JL, et coll - Place de la coelio-video chirurgie dans les splénectomies pour maladies hématologiques. Ann. Chir 1995; 49: 482-486.
- FEKETE F, BAHNINI A, BREIL P, BELGHITI J - Traitement conservateur des traumatismes de la rate. Chirurgie 1982 ;108 :189-196